

## APENDICITE NA CRIANÇA

pelo

Prof. NOGUEIRA FLÔRES

**Cirurgião dos hospitais. Catedrático de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopédica. Membro da Academia Nacional de Medicina e da Sociedade de Radiologia de França.**

(\*) Senhores, fazendo considerações gerais a respeito, deveis saber que, a apendicite é uma doença infecciosa e a infecção quasi sempre invade o apêndice pela via sanguínea.

É uma doença extraordinariamente rara no lactente e nos poucos casos em que se encontrou, foram em autópsias e não foram diagnosticados em vida (Bamberger, Finger, Silbermann, Monks, Summer e Deune.

Aschoff, entre mil apêndices, apenas verificou a existência de um lactente. Heubner e Baginsky com uma grande experiência e copioso material nunca observaram. Schlossmann reuniu uma copiosa literatura e encontrou apenas em trinta casos, menores de 2 anos. Hill descreveu um caso de apendicite congênita. Mademoiselle Gordan, em valiosa tese de doutoramento (de Paris — 1896), escreve que a idade de frequência é a partir de 5 anos. O professor Gohrbandt (de Berlim) declara

“ser mais frequente na idade escolar e a metade das crianças operadas são de 10 a 13 anos”.

A infecção pôde se fazer ao nível mesmo da mucosa intestinal, porém, parece que o primeiro ataque desta infecção se dá mais frequentemente ao nível do faringe, que é uma encrusilhada de nosso organismo, como o é o mediastino anterior para as infecções do aparelho respiratório. Aquela encrusilhada está exposta simultaneamente aos ataques dos agentes microbianos, quer sejam ingeridos, quer sejam veiculados pela corrente de ar respiratória.

Muitas vezes, com efeito as crianças, que são atacadas de apendicite apresentam volumosas amígdalas, traços de surtos inflamatórios anteriores. Ombrédanne nos diz: “que não é impossível estabelecer uma aproximação entre a estrutura do apêndice, cuja sub-mucosa é tão rica em folículos limfóides e da estrutura essencialmente limfóide das amígdalas palatinas. É assim, uma racional comparação. ¿A amigdalite crônica e a adenóidite, representam reservas (*relais*), donde a infecção ganhará por via sanguínea o apêndice? ¿A infecção des-

(\*) Conferencia de 4-4-32.

tes órgãos linfoides é contemporânea e simultânea? Pouco importa. O fato clinico da coexistência frequente das tres lesões é uma noção a reter.

A apendicite ataca, muitas vezes, varias crianças de uma mesma familia, em geral não é simultaneamente. É preciso, vêr neste fato uma influencia hereditaria?

Parece que não existe disposição anatomica congenita do apendice predisponente á infeção. Em compensação é verosimil que um regime familiar comum, exponha os pais e filhos ás mesmas causas de contaminação; é nisto, que parece se limitar ao fator hereditario e familiar, que impressionam tanto as familias.

A infeção apendicular pôde se instalar lentamente, insidiosamente até o dia em que os sintômas proprios fazem reconhecer sua existencia, sem que sobre a evolução desta **apendicite cronica**, jamais venha se enxertar ataque agudo.

Ainda em compensação, é inteiramente excepcional, entre crianças atacadas de uma fórmula aguda da apendicite, não encontrar-se por um interrogatorio minucioso dos pais, os traços da evolução anterior de uma **apendicite cronica**, de data mais ou menos antiga".

Assim posto, assim encarado o estudo da apendicite deve ser tratado primeiramente sob o ponto de vista da **apendicite cronica, da apendicite aguda, das supurações apendiculares tardias e cellulite-retro-cécal**.

Deveis saber senhores, que por via de regra no curso das apendicectomias feitas a frio, praticadas em crianças nunca se tem registado ataques agudos.

Na dissertação da apendicite cronica, senhores, defrontamos com lesões anatomicas, que é indispensavel estudar:

a) **posição retro-cécal do apendice**; b) **apendice acotovelado**; c) **membranas pre-cécaes e apendiculares**; d) **adenopatia do meso apendice**; e) **o proprio apendice**.

a) **Posição retro-cécal** — A posição retro-cécal do apendice tem muitas vezes, sido considerada como uma disposição con-

genita predisponente á apendicite. Pensamos ao contrario, que esta posição anormal é uma consequencia da apendicite cronica.

Na criança sã, o apendice é livre, abaixo de um céco em grande parte livre; muito mais a ausencia ou insuficiencia de coalescencia do céco e do colon ascendente, tão frequente nas crianças, é uma noção hoje bem conhecida.

Pensa-se que a fixação do apendice em posição rétro-cécal é o resultado de um processo inflammatorio complexo, tendo provocado no meso-apendice, retrações cicatriciais na parede cécal das reações inflammatorias que terminaram na incarceration do apendice neste fóco de peritonite cronica, de evolução dissimulada. O que vem ainda em apoio desta opinião, é o apendice **rétro-cécal**, que não é por assim dizer nunca retilíneo; é acotovelado o mais das vezes por uma brida peritoneal resistente que parece nêle se inserir.

b) **Apendice acotovelado**. — Os acotovelamentos, mesmo que o apendice não esteja em **posição rétro-cécal**, tem o mesmo valor: são traços de peritonite antiga; assim se cortamos a brida peritoneal que mantem o acotovelamento, o apendice pôde ser endireitado, tornado rétilíneo.

c) **Membranas pre-cécaes e pre-apendiculares**. — Estas membranas são de origem muito discutida. O mais das vezes, tratar-se-ia de formações congenitas, tais como a membrana de Jackson, delgada, transparente e vascularizada, que descendo da região do angulo colico direito, viria se estender adiante do céco. O Professor Leveuf, admite que uma infeção cronica pôde reagir nesta membrana para modificar seu aspéto e consistencia.

d) **Adenopatias do meso-apendice**. — Estas adenopatias só tem valor em outros pontos do mesenterio. Muitas vezes, em caso de apendicite cronica, encontramos no meso, livres e moveis sob o peritoneo, cinco ou seis ganglios do volume de pequenas ervilhas, cinzentos, bastante moles, escorregando entre si. Tem assim nos parecido

sempre em relação com um ataque sub-agudo relativamente recente.

e) O **proprio apendice**. Este proprio apendice é, muitas vezes, espessado. Sua mucosa violacea, de côr de hortensia, é ponteadado de vermelho. O Professor Letulle, não vê neste aspêto, sinão o resultado da ligadura cirurgica do apendice em sua base, primeiro tempo da apendicectomia. Contudo, o unico fato é que este aspêto não é constante, nos indica que outras causas intervem para determina-lo.

Muitas vezes, tambem o conteúdo do apendice é constituído por muco-pús, de que uma grande gôta se escapa, quando incisamos o órgão, longitudinalmente, após a sua extração.

Finalmente, em crianças grandes, temos visto apendices pequenos, delgados e curtos, cuja extremidade dilatada como uma clava, pouco tem o diametro, de uma grossa guasca de chicóte. Córtomos estes apendices longitudinalmente: toda extremidade é constituída por um cordão cheio, e são apendices atacados de esclerose terminal.

Estes apendices são muitas vezes a causa de dôres tenazes que desaparecem completamente após a apendicectomia.

**ESTUDO CLINICO** — Senhores, a apendicite cronica, não possui em suma sinão um **sintôma proprio**: é a dôr constante e precisa no ponto de Mac Burney.

Para adquirir a noção desta precisão não será preciso, se contentar apenas de uma apalpação larga. Será preciso, com a extremidade do dedo, deprimindo a parede sem nenhuma violencia, interrogar a sensibilidade da região por ensaios sucessivos e repetidos. Em muitas e muitas repetições, o dedo se apoiará mais alto, mais baixo, lateralmente, no ponto mesmo de Mac Burney, depois se afastará dêle de novo, sempre esforçando-se por exercer uma pressão igual. É a constancia das respostas da criança, acusando sempre dôr no mesmo ponto e que só terá valor, como sintôma capital da dôr localizada.

Estas crianças, são muitas vezes constipadas cronicas, apresentando por intermitencias ataques de diarrêa.

Pódem ser sujeitas a vomitos que se atribue a indigestão ou que se liga a acetonomia. Por momentos, uma dôr bastante viva se manifesta no flanco direito, espontaneamente, dura algumas horas e desaparece. Estas pequenas crises dolorosas, são importantes a notar.

Às vezes, tambem estas crianças, durante varios dias, até mesmo semanas, apresentam um pouco de elevação de temperatura a tarde: este sinal só tem algum valor, quando existe **adenopatia traqueo-bronquica, volumosas amígdalas ou vegetações adenoides**. Embora, seja um sintôma de importancia é de origem discutivel.

Muitas vezes, estas crianças não digerem os óvos, o que é assás banal. Porém, não digerem mais o leite, fato que deve nos merecer a atenção.

Enfim, são em grande numero de casos de crianças definhadas, que atingiram a idade de seis anos ou sete anos, sem se desenvolverem; este atrazo do crescimento, este aspêto doentio faz muitas vezes, entre elas receiar a iminencia de uma lesão tuberculosa.

Todos estes sinais, senhores, tomados isoladamente, não tem grande valor. É indispensavel, contudo ter em conta, quando são grupados, quando o exame completo não revela lesão alguma, sinão de apendicite suspeitada.

Porém, senhores, é definitivamente a **apalpação** que deve descidir do diagnostico em ultima instancia.

É pouco provavel que sintamos muitas vezes, o proprio apendice.

É verosimil, que o cordão doloroso que rola sob o dedo no ponto de Mac Burney seja frequentemente o **bordo do céco espessado ou um meso-apendice**, contendo ganglios. Contudo, a percepção tactil do proprio apendice, como temos dito, na localização exata de exclusividade da dôr

provocada pela pressão no nível do ponto de eleição.

A **sensibilidade a pressão no ponto de Mac Burney**, não existe sempre e as pequenas elevações termicas, que Lieck dá tanta importancia, pôde não apresentar-se ou passar despercebidos. O sistema de Roysing, dizem os professores Gohrbandt, Kaiser e Bergmann, tem prestado valiosos serviços em varias ocasiões, eis o modo de exploração deste sinal: fazendo-se descer por pressão os gases do colon em direção ao céco se produzem dôres.

Claro é que, este sintôma sendo sómente para diagnosticar um processo na região cécal, que pôde ser uma **apendicite crônica** e também outra doença, como a **tuberculose abdominal**.

**DIAGNOSTICO** — Senhores, em face dos sintômas que acabamos de enumerar, é bem excepcional que o diagnostico da **apendicite crônica** não seja o primeiro encarado.

Temos, pois, de distinguir as afeções que pôdem determinar uma síndrome analoga, como sejam: **entero-colite, vomitos acetone-micos, iminencia das primeiras regras, ausencias de coalescencia, tuberculose cécal e obstruções espásticas de ventre**.

Passando em revista, todas estas doenças temos:

**ENTERO-COLITE.** É certamente a síndrome que causa ao médico o maior embaraço. A criança é uma constipada habitual, emitindo fézes duras e fragmentadas como pequenas bólinhas de pedra (*scibalas*). Ao apalpar é corrente encontrar-se na fossa iliaca esquerda um cordão duro sensível, que é a alsa sigmoide contraturada. A região cécal é também muitas vezes, sensível e o bordo espessado do céco é acessível a palpação.

Por crises, esta criança tem **débâcles** de diarréa, ao mesmo tempo materias liquidas, evacua **glaires**, diz-se isto da mucosa, analogo a clara de ovo cru, contendo ás vezes, **péles**, nos diz a mãe da criança que são

longos restos ou vestígios de fibrina coagulada.

Algumas vezes, a descamação intestinal é bastante acentuada para dar á esta eliminações o aspéto de raspagem de carne.

O embaraço é grande, porque si a **enterocolite** não é uma doença em si, é uma síndrome evoluendo sob a ação de irritação causada por uma espinha organica, que muito falta para que esta espinha seja sempre uma lesão de **apendicite crônica**.

O fato existe contudo; não é raro vêr, depois da **apendicectomia**, a síndrome de **enterocolite** diminuir pouco e pouco e desaparecer no fim de um tempo que varia de alguns meses a dois anos.

Porém, é preciso reconhecer que muitas vezes a **apendicectomia** fica, sem ação sobre a **enterocolite**. Podemos prevê-la, quando a operação se conduzir sobre um céco branco e palido, terminado por **apendice flacido, dilatado e atonico**.

É nesta fórma que as lavagens prévias bismutadas para o exame radioscopico, nos parece penetrar melhor na luz do **apendice**, de sorte que, temos tendencia em pensar que o fato de ter reconhecido o **apendice** em uma radiografia, constitue antes uma contra-indicação á **apendicectomia**.

**VOMITOS ACETONEMICOS.** São assás faceis em reconhecer quando verificamos o cheiro de azedo, do halito ou sentindo-se também o de **clóroformio**, tanto mais quanto, no curso destes accidentes, não existe dôr alguma localizada na fossa iliaca direita.

**A IMINENCIA DAS PRIMEIRAS REGRAS.** Entre as meninas, se observam dôres muitas vezes no ventre e pouca elevação de temperatura.

Porém, a dôr tem séde mais baixo que o ponto de **Mac Burney**; corresponde aos ovarios e é quasi sempre bilateral e simétrica.

**AUSENCIA DE COALESCENCIA.** As au-

sências de coalescência ao nível do ceco e o do colon ascendente dão lugar, ás vezes, a percepção de grossos cécos sensíveis a apalpação, pastosos, ptosados; o exame pela radiografia prestará neste caso relevantes serviços.

**TUBERCULOSE CÉCAL.** A tuberculose cécal dá também nascimento a um tumor cécal e neste período o diagnostico com um apendicite crónica é facil. Porém, no começo, enquanto não existe, apenas, sinão alternativas de diarréa e de constipação, enquanto que não se produziu fêzes sanguinolentas, enquanto que o tumor não seja volumoso, o erro é possível.

**OBSTRUÇÃO ESPASTICAS DE VENTRE.** Estas obstruções dependem de anomalias de formas e tamanho de ceco e que devem conduzir a estado especial — colostasis ou melhor apendicostasis.

Ainda existe, senhores, **formas frustas da apendicite crónica**, nas quais diagnostico algum é possível. Ha crianças definhadas, cujo crescimento não se faz, individuos sujeitos a pequenos ataques febris, vomitando desde que tentemos de superalimenta-los, sendo impossível dizer que o ponto de Mac Burney seja verdadeiramente doloroso.

Si, depois de uma expectativa razoavel e depois de ensaio de tratamentos gerais indicados a situação não se modifica.

Além destas formas, ha outra forma de **apendicite claudicante**, cuja sintomatologia é de “uma coxalgia direita”. Stern (de Paris), cita uma observação de Ménard, cheia de ensinamentos: trata-se de “uma menina de 12 anos, atacada de “claudicação” por varias semanas e é enviada á Berck-Plage com o diagnostico de “coxalgia”. Tres meses após a sua chegada aí, fez uma crise aguda de apendicite da qual foi operada no 4.º dia, encontrou-se peritonite generalizada, um volumoso apendice, muito curto e perfurado.

A mãe informou que durante os 4 meses que precederam a ida da criança para

Berck, a pequena doente havia tido duas crises de dôres no quadril direito, operada curou-se”.

Ouçamos a historia de um outro caso por Tédénant: “uma mulher que na infancia esteve durante 6 meses na goteira de Bonnet pelo receio de “uma coxalgia”, porque tinha dôres, ao mesmo tempo no baixo ventre, na dobra da virilha e nadega direita.

Depois, não cessou de arrastar uma longa existencia de perturbações dispepticas; na idade de 34 anos teve uma crise aguda de apendicite que 3 meses mais tarde Tédénant operou-a.

Conta um caso do Professor Paulino (do Rio) — fórma coxalgica e outro caso de Broca — fórma meningítica.

Como acabais de ouvir acima concluímos que o diagnostico da apendicite claudicante nem sempre é facil, reveste-se ás vezes de certa dificuldade para o clinico.

Si o exame geral não mostra lesão alguma apreciavel em qualquer região do organismo, podemos ser conduzidos a suspeitas da **apendicite crónica**. A intervenção, não deve então, ser proposta aos pais, sinão como um tratamento de prova, uma medida de segurança para impelir mais a alimentação. Ha casos deste genero, nos quais a apendicectomy bastou para provocar o ataque de crescimento e o desenvolvimento esperado.

Gohrbandt e outros dizem, que os diferentes metodos que se empregam para assegurar o diagnostico são de resultados incertos na criança: nem os quadros sanguineos, nem os resultados do toque rétal, lhes dão dados certos. Ultimamente, tem-se empregado a radiografia. Czepa declara que o mingão de contraste com uma ou duas colheradas de sulfato de magnesia e deste modo se conseguia representar sempre um apendice normal em 24 horas; si o apendice não se enche, tem de se pensar em obliteração por hipertrofia aguda mucosa ou por adherencias. Payr poude de modo semelhante fazer vêr calculos fecais.

A proposito da **radiologia do apendice**, assinala Roswell Pettit que a importancia é tão grande que não hesita em aconselha-lo sistematicamente antes de qualquer operação de apendicite cronica. É pois senhores, a nosso ver uma pratica judiciousa e até humana afim de muitas vezes não se fazer apendicectomia desnecessarias.

Vimos de ha muito tempo aconselhando este recurso precioso, muito embora não seja infalivel. Neste entrementes, vem de molde transcrever o que o radiologista, Professor Saint Pastous em seu substancioso e sugestivo trabalho intitulado “os **problemas clinicos das apendicites cronicas**” publicado na Revista de Radiologia Clinica de Porto Alegre, de Outubro de 1931: impõe-se portanto, sempre que possivel, o abandono da pratica um tanto cabalistico de interpretar sinais e sintômas que o dêdo às cêgas foi traçando e despertando sobre linhas e pontos geometricamente arquitetados em épocas remotas, quando o espirito clinico, sem dispôr da clarividencia da radiologia, hipertrofiava genialmente a capacidade investigadora dos seus sentidos e a maravilhosa faculdade de deduzir conclusões verdadeiras pela analise de elementos confusos, incertos e não raro erroneos.

A velocidade vertiginosa e trepidante da atualidade obnubilou a sagacidade e a meditação intuitiva dos nossos antepassados, dando-nos em compensação o aneio crescente de nóvas orientações traçadas sobre base mais positivas e reais.

**TRATAMENTO.** — Senhores, quando o diagnostico está feito, o tratamento se impõe pela **apendicectomia, operação da apendicite a frio**, a mais corrente da cirurgia geral. Não vamos descrever esta operação banal, vamos apenas chamar vossa atenção para alguns pontos: incisão, ligadura, sepultamento do côto do apendice, fechamento da parede e curativo.

1.º) **Incisão da parede.** — Damos preferencia a incisão de Mac Burney. A apo-

nevrose do grande obliquo afastada, dissecamos as fibras do pequeno obliquo e do transverso para abordar o peritoneo. Este, não deve ser incisado demasiado longe para fóra sob pena de sangrar. É preferivel pinça-lo no rafe que marca o limite externo da bainha do réto.

2.º) **Ligadura do apendice.** — Fazemos a ligadura na base do apendice com a ligadura hemostatica do meso, porque achamos muito vantajoso em encadeia-la. O crusamento dos dois catguts que vão servir nestas ligaduras evitará o dissabor de vêr sangrar uma arteriola no fundo da comisura do apendice e de seu meso.

3.º) **É indispensavel sepultar o côto apendicular.** — Antes de cortar o apendice, é bom esmaga-lo, sem excesso de violencia. A seção a termocauterio é racional, assim como o golpe do termocauterio dado a pique no côto e cujo resultado é destruir em grande parte a mucosa septica e tambem provocar o quasi fechamento espontaneo deste côto que, sob a ação da cautêrização bem aplicada em seu centro, toma o aspêto de um barrilete, de orificio terminal estreitado.

¿Neste momento, é indispensavel sepultar este côto cauterizado sob uma costura em bolsa, por meio de pontos sub-peritoneais não perfurados? Uns dizem, desde alguns anos, não sepultamos, sem ter tido desgosto. Outros, temos sepultado; porém de tempos a outros, tinhamos um abcesso, de origem nitidamente sub-peritoneal. Este abcesso se desenvolve entre dois planos de sutura, no espaço morto compreendido entre a ligadura apendicular e a bolsa peritoneal. Desde que não sepultamos mais, não temos mais desgostos (Ombredanne).

Jalaguier responde: comecei por não sepultar; tive com isso abcesso; depois appliquei no apendice o grande principio da peritonização dos côtos abdominais: tive menos abcessos.

Ombredanne, declara, “que continua a sepultar o côto apendicular na operação a

frio. Liga a base do apêndice a *catgut*. Faz a sutura sub-peritoneal perto do coto apendicular para diminuir o espaço morto, justamente, o que é preciso para poder sepultar. Prático este alinhavo com agulha de costureira, não vulnerante e não tomando sinão a serosa. É um ponto capital nas crianças, cujo ceco é ás vezes muito delgado. Enfim, o nosso fio em bolsa é um fio de linha que se corta muito rente.

Admitindo mesmo, que o espaço morto se infecte, nos parece que o *catgut* do coto cederá antes do fio de linha da peritonização e o conteúdo septico se evacuará no intestino.

Considero, apesar de tudo, a peritonização do coto septico e cauterizado, fatalmente chamado a eliminar sua escara, é uma barreira util para proteger pelo menos o fundo do ceco contra a adherencia das alças visinhas”.

4.º) **Fechamento da parede.** — Ombrédanne no momento do fechamento da parede, faz uma sutura a *catgut* orientada transversalmente que fecha a casa de botão peritoneal e muscular profunda; acha pois, ser perpendicular a direção do choleio que reunirá os labios da aponevrose do grande obliquo, e por conseguinte também, á direção da sutura cutanea. Estas duas orientações perpendiculares das linhas de sutura, nos parecem contribuir utilmente para a solidez ulterior da parede.

5.º) **Curativo.** — Ombrédanne faz o curativo, fixando com grampos de Michel ou com leucoplasto perfurado, colocando uma dupla compressa sobre a sutura, e outros fazem a sutura da pele a seda e mantem com esparadrapo. Por cima coloca-se uma bexiga de gelo. Isto evita em grande parte as dores que no fim de 36 horas ou 48 horas, acompanham a expulsão dos primeiros gazes.

A bexiga de gelo é retirada quando os gazes passam bem.

(\*) Senhores, prosseguindo hoje em nossas conferencias, deparamos com a apêndice aguda que póde se manifestar de improviso.

Na maioria das vezes parece que o terreno tenha sido preparado pela evolução insidiosa de uma apêndice cronica.

**ETIOLOGIA-PATOGENIA** — Qual é a causa que abre a cena da crise aguda? É a exaltação da virulencia das colonias microbianas que infectaram os foliculos limfoides do apêndice? É a infeção nova ajuntada?

Questão de pura doutrina e sem interesse. Os agentes microbianos encontrados nas lesões da apêndice aguda são muito variaveis, pelo menos no periodo em que os apêdices retirados pódem ser bacteriologicamente examinados. É verdade que neste momento, muitas infeções secundarias de origem intestinal puderam se ajuntar ao agente infecioso inicial.

Os anaerobios são muitas vezes encontrados nas fórmas gangrenosas.

**INFLUENCIA CLIMATERICA.** — Ombrédanne pensa que “as séries de apêdices, que se encontram nos hospitais de crianças em alguns momentos, coincidem sobretudo com os periodos humidos do ano, a primavera e o outono. O declinio das epidemias de gripes, parece também corresponder a um aumento de frequencia dos casos agudos de apêndice”.

Enfim não é raro observar-se ataques apêdculares no curso ou durante a convalescença das doenças infeciosas.

Ao lado deste fator fundamental, biologico; qual é a importancia dos fatores mecanicos nos quais temos atribuido outrora a um papel tão importante?

Senhores, os **corpos estranhos na apêndice**, são excepcionais; não parecem desempenhar o menor papel os oxiurios, não são

---

(\*) Conferencia de 11-4-32.

mais importantes do que os pêlos de escovas de dentes, as sementes de uvas ou os fragmentos de esmalte de cassaróla.

É preciso, abrir um lugar a parte para os calculos estercorais — massas ovais de materias endurecidas, que parecem ter aumentado de volume pelas trazidas sucessivas de camadas concentricas.

Estes calculos não são a causa da apendicite; parecem muito mais ser o efeito da evolução de lesão da apendicite cronica. Sem embargo, a sua influencia nos parece inegavel no momento da eclosão dos accidentes do ataque agudo.

Sempre com efeito, nos casos em que o apendice retirado a quente, contenha um calculo estercoral, é em seu nivel que as lesões são mais avançadas e mais graves.

É sempre em contacto do calculo que se encontram as placas de esfacélo. É uma ação mecanica do calculo na parede infectada ou são infeções secundarias emanadas da massa estercoral em sua periferia e semeiam as exulcerações dos foliculos limfoides que se fecham contra o corpo estranho. É provavel, que o mecanismo seja complexo, porém, a ação resultante é evidente.

A cavidade fechada é uma concepção que presentemente não se admite.

Deveis, senhores, ter conhecimento que os accidentes de **apendicite aguda**, explodem muitas vezes nas crianças que apresentam lesões anteriores de **apendicite cronica**; estas lesões são, muitas vezes, reconheciveis nas intervenções; e em todo caso é muito raro que se as encontre com sinais clinicos, quando o podemos obter dos pais uma anamnése da criança.

Senhores, a apendicite aguda da criança não tem a marcha clinica da apendicite do adulto. Os accidentes evoluem com mais rapidez, com mais gravidade.

Desde então as condições da infeção, sendo as mesmas no adulto, é o terreno que imprime a feição clinica diferente.

E é assim que, embora se apresente ao clinico, revestida de aspéto todo especial

e não frequentes vezes, raro mesmo, com abcesso localizado no peritoneo, na fôssa iliaca, na pelve e na fôssa lombar.

Não é para nós indispensavel admitir que em face da infiltração apendicular na criança tem-se, muitas vezes, reações organicas diferentes das do adulto.

**FÓRMAS CLINICAS.** — Nas fórmas clinicas da apendicite aguda consideramos: a **herniaria** e a **abdominal**. Estas fórmas são tão sómente nos lactentes; a crise apendicular aguda (simples e benigna), a toxemia apendicular, as peritonites supuradas e os fatores de gravidade nas crianças de 5 anos e para cima desta idade.

**CRISE APENDICULAR.** — Ouçamos a historia de uma criança de sete a oito anos que é presa bruscamente e sem motivo aparenta uma dôr viva no ventre.

Este arrebatamento é tal que, é possivel precisar a hora exata do inicio do accidente.

A dôr espontanea é muitas vezes localizada primeiramente no epigastrio; ao cabo de algumas horas se fixa pouco a pouco na fôssa iliaca direita.

De tempos em tempos, a criança vomita os alimentos de sua ultima refeição. Algumas vezes, sobrevem um segundo, um terceiro vomito bilioso. A tarde, a temperatura sóbe a cêrca de 38°.

Somos chamados muito cedo para vêr o doentinho, verificamos que seu pulso é pouco rapido, porém vibrante; sua face é um pouco vermelho. O ventre quasi mole, se defende apenas sob a mão que a apalpa; é pouco doloroso, porém no ponto de Mac Burney a pressão desperta uma dôr viva.

A criança é deixada em diêta absoluta, e o ventre é coberto de uma bexiga de gelo.

A noite seguinte é boa. Na manhã seguinte a temperatura voltou a normal. Os vomitos não se reproduzem. O ventre está ainda um pouco sensivel; encontramos, contudo, o ponto doloroso fixo.

Porém, quarenta oito horas depois, tudo



está terminado. A criança já não sofre mais; às vezes, mesmo a sensibilidade no ponto de Mac Burney desapareceu.

Este acidente é a forma ordinária, banal, do ataque agudo, benigno da apendicite no caso de nossa historia, paciente portador de lesões crônicas.

É a crise nítida que, muitas vezes, vem firmar um diagnostico até aí hesitante e fazer aceitar na familia, e lhe fazer mesmo muitas vezes, pedir a apendicectomia a frio.

Esta forma benigna, se terminando por uma resolução rápida é a colica apendicular de outrora: ninguem cuida mais de fazer disto um acidente mecanico, é o ataque da infeção ligeira, que constitue um aviso tão util para o ambiente, como para o médico.

**TOXEMIA APENDICULAR.** — Em toda apendicite aguda, existe um certo grau de intoxicação devido, provavelmente, aos produtos soluveis elaborados ao nivel do apendice doente; porém, o que caracteriza os apendicites toxicas, de que falamos, é o apagamento de todos os outros sintômas diante da intoxicação geral.

¿É questão de virulencia do agente infectante? É possivel, porém, é sobretudo, uma falta de resistencia do organismo: trata-se com efeito de formas rarissimas no adulto, enquanto que, não são excepcionais na criança.

São os vomitos que marcam o começo dos accidentes. A criança não se queixa, parece sofrer pouco. Muitas vezes, estes vomitos são produzidos a noite; é sómente na manhã seguinte que vemos o doente. É palida a face ligeiramente cianosada ou jaspeada de placas violaceas. O nariz é afilado, os olhos estão com olheiras, brilhantes; as mãos e as unhas são azuladas.

Muitas vezes, não verificamos elevação de temperatura. Mesmo o termometro marca 38° de temperatura rétal, a pele do torax, as mãos são frias, levemente. O pulso é rapido, filiforme e miseravel.

O ventre é mole, pouco ou não doloroso,

não abaúlado. A criança não acusa dôr alguma e a apalpação da fôssa iliaca direita não a tira de sua apatia.

A anuria é, muitas vezes, completa.

Os vomitos continuam espaçados, sem caracter peritoneal, às vezes, azulados.

Senhores, soma-se tudo isto, é muito mais o quadro clinico de um envenenamento, que de uma lesão peritoneal, pois que, o ventre é pouco mais ou menos indolor.

Si, sobre a verificação de uma sensibilidade mais viva no ponto de Mac Burney, operaremos imediatamente, encontramos na abertura do ventre escapar liquido turvo, côr de caldo sujo, muitas vezes, horrivelmente fétido. Sem traço de pús, sem falsa membrana nas alsas intestinais. Flutuando no liquido, e absolutamente livre, o apendice é, às vezes, vermelho e túrgido, às vezes, já enegrecido ou esverdeado em alguns lugares e algumas vezes, em via de esfacélo completo.

Por mais que se faça, são fórmãs fatais, que muitas vezes se terminam pela morte em quarenta oito horas, tres dias no maximo.

**PERITONITES SUPURADAS.** — A dôr começou bruscamente, intensa, às vezes, atrós. Muitas vezes, parece ser localizada a principio no epigastrio e daí se estender rapidamente para todo o ventre.

Muito depressa a temperatura elevou-se para 38°, 39° e o pulso é rapido, bate 130, 140 por minuto.

Sobrevem vomitos, alimentares primeiramente, depois biliosos. Os traços fisionomicos são contraídos, transformados, os olhos escavados e com olheiras. As urinas são raras e carregadas. Descobrimos a criança: o ventre é ligeiramente abaúlado; imovel, porque a respiração diafragmatica é suspensa. Parece que a criança, para evitar em seu peritoneo doloroso a pressão ritmada do diafragma, se esforça em respirar, sobretudo, com a parte superior do torax. Algumas vezes, ao menor tóque á pele é sensivel: esta hiperestesia cutanea é, mui-

tas vezes, difícil em apreciar na criança jovem.

A ausencia do reflexo de contração muscular que provoca normalmente a excitação da pele ao nível do abdome, é um sinal infiel e portanto, sem valor, ainda que se tenha falado.

O sinal que nunca falta, é a contractura dos rétos do abdome. A mão que palpa o ventre, encontra os musculos duros, **como pau (ventre en bois)**, absolutamente rijos.

Si, pela percursão, chegarmos em obter de uma criança já grande, que se deixa levar, que não se enrija, invencivelmente a contratura reaparece, desde que a mão volte a atritar a parede.

São, pois, senhores, sinais que não permitem a hesitação. Que nos mostra a laparatomia a ser praticada imediatamente.

Feita a laparatomia, defrontamos com dois aspéto de peritonites: a) a **difusa de improviso**, (d'émblée) b) a **de grandes focos multiplos**.

a) **Peritonite difusa de improviso.** — O ventre está cheio de pús mal ligado, horivelmente fétido, contendo em suspensão grumos de fibrina. Às vezes, sobretudo, na fossa iliaca direita, encontramos na superficie de certas alsas do intestino delgado distendidas, falsas membranas, placas de fibrinas pouco aderentes.

Deixamos escoar o liquido; esponjamos rapidamente; neste momento verificamos que a escavação pelviana tambem está cheia do mesmo liquido que esgotamos. É quando muito, si ás vezes, o pús no fundo de saco de Douglas é um pouco mais espesso que o do resto da cavidade abdominal.

b) **Peritonite de grandes focos multiplos.** — A abertura ao nível da fossa iliaca direita dá safda á uma onda de pús, quando secamos sofrivelmente; depois observamos: na profundidade, as alsas do intestino delgado aparecem, aglutinados em alguns pontos por falsas membranas de um branco amarelo. O ventre depois da primeira eva-

cuação de um e meio litro de pús, está ainda distendido: procuramos com precaução do lado de Douglas de preferencia, aí, é que nosso dedo tem a impressão de massa resistente. Dissociando com precaução e além disto facilmente as alsas mólemente conglomeradas, abrimos logo uma segunda bolsa, ao menos, tão volumosa como a primeira.

Às vezes, o pús, que se escôa é um pouco diferente em coloração, mais cremoso ou mais escuro. Continuemos a pesquisa das bolsas que se possa encontrar, sempre nos baseando na sensação de resistencia, ajudando-nos com o palpar bi-manual, uma mão na ferida e outra depremindo a parede do abdome, e muitas vezes, no flanco esquerdo encontraremos uma terceira bolsa, que abriremos largamente como as precedentes, estabelecendo entre si uma ampla e livre comunicação.

Em qualquer uma destas fórmas de peritonite que se tenha encontrado, o apendice apresenta lesões graves. Ora, é vermelho e turgescente, com a extremidade dilatada em **badalo de sino**; ora, trás ao nível de uma tumefação devido a presença de uma calculo estercoral, uma placa de esfacélo, enegrecido ou esverdeado, delgado, como papel molhado e já desinserido em um ponto de seu contorno.

Em outros casos, um calculo estercoral é detido no terço superior do apendice; em seu nível existe uma zona de esfacélo anular, e o apendice está em via de amputação espontanea neste nível, o calculo podendo aparecer na brécha, ou podendo tambem ter já caído na cavidade peritoneal.

Muitas vezes, no apendice, uma massa de epiploon conglomerado frouxamente chapado, (plaqué), algumas vezes enegrecido ou esverdeado em sua extremidade. São aí manifestações terrivelmente graves da apendicite: parece contudo, que o prognostico das fórmas de grandes focos multiplos, resultando já de um esforço do organismo para limitar as lesões e as cir-

cunscrever, seja um pouco menos severo que o das peritonites difusas.

**FATORES DE GRAVIDADE.** — Temos dito anteriormente que, as fórmulas horrosamente graves da apendicite aguda, fórmulas que acabamos de descrever, pertencendo sobretudo, á criança, enquanto que no adulto as observamos infinitamente menos vezes.

¿Porque esta gravidade das lesões apendiculares nas crianças? São quatro os motivos: 1.º) **organismo da criança resiste mal á intoxicação;** 2.º) **rapidez da evolução das lesões;** 3.º) **precipitação com a qual o organismo se abala,** e finalmente 4.º) **obnubilação dos sintômas pelo tratamento.**

1.º) **O ORGANISMO DA CRIANÇA RESISTE MAL Á INTOXICAÇÃO.** — A apendicite aguda faz do apendicite um laboratório, elaborando venenos, cuja dóse proporcional não deve ser sensivelmente diferente no adulto e na criança. Porém, no organismo adulto é mais resistente a sua ação; também, as fórmulas toxicas são o apanagio da infancia.

2.º) **RAPIDEZ DA EVOLUÇÃO DAS LESÕES.** — Na criança, a infecção gangrenosa do apendice evolve mais depressa e termina pelo esfacélo mais depressa que no adulto; enquanto que, neste ultimo não ha por assim dizer nunca prefuração apendicular, antes de quarenta e oito horas, esta é a observação corrente na criança, depois de vinte e quatro horas e sobretudo depois de trinta e seis horas.

A difusão das lesões peritoneais se faz na criança mais facilmente que no adulto, pois que é no primeiro, mais frequente e mais precoce.

Tornamos a encontrar esta rapidez maior de evolução, estudando as fórmulas sub-agudas de abcessos localizados, que são constituídos no adulto, na média do decimo ao duodecimo dia, na criança do sexto ao oitavo dia.

3.º) **PRECIPITAÇÃO COM A QUAL O ORGANISMO SE ABALA.** — Parece que a defeza do organismo contra o fóco septicó que o apendice seja capaz de dissimular-se, de parecer sufficiente, durante um curto tempo; depois bruscamente, em algumas horas, vemos o estado geral se agravar com uma rapidez estupefaciente assombrosa. Tal criança ficou desde tres dias com 37°,2 e 37°,5 com uma crise de apendicite que parece benigna e parece dever resfriar-se facilmente.

Em algumas horas, o facies se altera, o pulso se acelera, e a intervenção de urgencia não deixa sinão poucas esperanças de cura.

4.º) **OBNUBILAÇÃO DOS SINTÔMAS PELO TRATAMENTO.** — Uma criança é atacada de uma crise francamente aguda de apendicite: dôr característica, vomitos, temperatura de 39°, bom pulso, bom facies. Descidimos tentar o tratamento pelo resfriamento: dieta absoluta, rigorosamente absoluta, sem uma gôta dagua; e applicamos largamente gelo no ventre.

Os vomitos cessam; o ventre primeiramente, um pouco abaúlado; diminue notavelmente de volume, a temperatura se abaixa a 37°,5; a dôr abdominal parece também nitidamente atenuada.

Todos, se felicitam pelo feliz efeito do tratamento. O quinto dia por exemplo, a temperatura da manhã é ainda de 37°,5. Pelas duas horas do dia, a criança acusa uma viva dôr abdominal; seu facies se altera muito depressa; o pulso, pequeno, bate 140 por minuto. Pelas quatro horas da tarde, operamos com toda urgencia, e temos a dolorosa surpresa de se achar em presença de uma peritonite supurada difusa.

Acontece, porém, que a criança tão sensível aos venenos, é muito sensível também, á ação do tratamento pelo resfriamento que mascarou os sintômas; suprimio os vomitos, impedio a ascensão termica e a aceleração do pulso, suprimio a dôr ab-

dominal; nada impedia a evolução das lesões, a difusão da peritonite.

Foi um tempo em que, á **diéta e ao gelo**, ajuntavamos opio. Muito depressa, demos conta do inconveniente do opio que C. Nelaton acusava muito justamente de mascarar os sintômas de agravação.

É indispensavel, saber que a **diéta absoluta e o gelo**, bastam para produzir o mesmo resultado, para não se deixar conduzir depois de alguns dias de melhora aparente, a terrivel intervenção de urgencia retardada.

Sintômas de gravidade. Senhores, existe pois, sinais que permitem prever a evolução grave de uma apendicite, sinais que, na criança são uma contra-indicação de toda tentativa de contemporarisação de resfriamento, sinais que, para fóra de toda doutrina, impõem formalmente uma intervenção imediata? Estamos disto convencidos. Enumerando estes sinais temos: 1.º) **dôr atroz no começo**; 2.º) **difusão rapida da dôr em todo abdome**; 3.º) **contratura dos musculos rétos**; 4.º) **discordancia do pulso e da temperatura**; 5.º) **temperatura de 39º no dia seguinte ao inicio** e por fim 6.º) **o facies**.

1.º) **DÔR ATROZ DE COMEÇO**. — Nelaton ensinava que, quando, de improviso, a dôr é extremamente violenta, arranca gritos do doente a semelhança de um verdadeiro sôco no flanco que marca o começo dos sintômas e trata-se pois de uma fórmula grave que se resfriará.

2.º) **DIFUSÃO RAPIDA DA DÔR EM TODO ABDOME**. — Para todos é um sinal de reação peritoneal difusa, é pois uma indicação nitida de intervenção cirurgica.

3.º) **CONTRATURA DOS RÉTOS**. — Ventre de pau (**ventre en bois**), como é denominado em clinica, constituindo um sinal precioso de peritonite e tendo o mesmo valor.

4.º) **DISCORDANCIA DO PULSO E DA TEMPERATURA**. — É o sinal de Jalaguier e tem um valor imperativo. Qualquer que seja a temperatura, um pulso de 130 ou 140 por minuto impõe intervenção.

5.º) **AO INICIO, A TEMPERATURA DE 39º NO DIA SEGUINTE**. — Ombrédanne estabelece como regra a intervenção em igual caso, porque encontra sempre lesões graves.

6.º) Finalmente — **O FACIES**. — É um fator indefinivel porque é só a experiencia que mostra. É indispensavel, ter visto e saber, o que é o mau facies, de que já o descrevemos anteriormente.

É uma indicação de primeira ordem, de grande valor.

Senhores, não discutimos a importancia da sub-itericia, dos vomitos negros, da anuria, sintômas traduzindo sem contestação lesões terrivelmente graves e que muitas vezes são demasiado tardio para que a intervenção seja util.

---

(\*) Senhores, prossequindo, defrontamos com um problema importante, é uma questão a estudar a conduta que devemos ter na apendicite:

Ombrédanne, embora declare não ter a pretensão de formular um dogma em uma materia em que os cirurgiões de nomeada não estão inteiramente de acordo.

Eis a linha de conduta deste Professor, que discute a questão, figurando dois casos:

1.º caso. **“A criança é vista cedo para poder ser operada nas 36 primeiras horas**. É indispensavel, bem **reconhecer o caso excepcional**. Si a criança teve um vomito, se tem 38º de temperatura, si temos a certeza do diagnostico, operamos imediatamente.

---

(\*) Conferencia de 15-4-32.

O principal, o unico prejuizo que podemos trazer nesta maneira de proceder, é o erro de diagnostico possivel.

É indispensavel cuidar sempre da criança que apresenta pontada do lado, que é o começo de uma pneumonia, até mesmo de uma broncho-pneumonia. Assim se apresentam de quando em vez crianças que procuram o hospital por apendicite, em um serviço de cirurgia de criança, atacada de uma destas afeções agudas pleuro-pulmonares.

É indispensavel, pensar na **granulia**, com dor abdominal generalizada, temperatura de 39°, vomitos, facies cianosado.

É indispensavel, pensar no começo agudo, de uma **fébre tifoide**; a ascensão termica é, ás vezes, rapida na criança e de modo muito precoce, encontramos na fossa iliaca direita um ceco com a sensação de gargarejo e doloroso á pressão; aqui, além disto, não se lembra, sinão de longe, a dor viva e precisa, tendo séde no ponto apendicular.

Enfim e sobretudo, não é indispensavel dramatizar os sintômas, é indispensavel, pensar sempre que o embaraço gastrico da criança pôde se acompanhar de elevação de temperatura, ao mesmo tempo que se produzam vomitos alimentares, e que existe uma vaga sensibilidade cécal. Porém, em compensação, não devemos nos apressar de purgar estas crianças enquanto que exista a menor duvida, enquanto que não tenha sido eliminado formalmente o diagnostico de apendicite; será o mais seguro meio de evitar desastres.

Com estas reservas acima feitas, a apendicectomia precoce nas 24 ou mesmo nas 36 primeiras horas, de uma crise aguda só tem vantagem na intervenção.

**2.º caso.** **A criança é vista no segundo, terceiro dia, a espera das trinta e seis horas que se passou.**

É o caso ordinario, é o problema de todos os dias.

Ha alguns 20 anos, a formula geralmente admitida era: tentar o resfriamento; si os

sintômas persistem ou se agravam, intervir.

Em materia de cirurgia infantil, nos afirmamos que esta formula é perigosa. Temos falado, agora mesmo destes accidentes fulminantes do terceiro ou do quarto dia, que parecem sobrevir no curso de um resfriamento regular, e que é preciso, interpretar sómente, como uma obnubilação dos sintômas inquietantes por um tratamento sévêro: a doutrina da **expectação armada**, como se dizia, é um engôdo e expõe a desastres.

A unica crise de apendicite, em que temos vantagem de deixar resfriar é aquela que, sem nenhuma discussão possivel, sem hesitação, é evidentemente benigna. É a pequena crise, com dor ligeira no apendice, dor que é preciso procurar para encontrar uma temperatura não tendo excedido de 38° e tendo baixado em 24 horas, um ou dois vomitos, que não se reproduziram, ventre flacido, bom facies, pulso em concordancia com a temperatura. Neste caso, é sem perigo de conceder á familia a espera que pede.

Logo que um **unico sintôma de gravidade** exista, é preciso intervir sem demora: temos longamente estudado os sinais que designamos sob este nome.

Muito mais, porque ha sempre casos limites, **na duvida não é preciso abster-se, é preciso intervir.** Aqui é tanto mais viridico, quanto mais razoavel é o tratamento que aconselhamos, depois do ato cirurgico, é rigorosamente o do **resfriamento**.

Em alguns minutos, o apendice sendo retirado, o ventre fechado sem drenagem, nada temos mudado das condições de resistencia do organismo.

Deixamos a criança em diêta absoluta, com gelo no ventre; procuramos o resfriamento de seu apendice, porém depois de ter retirado o apendice, **usina de venenos, reservatorio de culturas microbianas virulentas.**

Os resultados são bons e vão desaparecendo de nossos serviços estas operações

retardadas, cuja mortalidade era considerável.

Sem aceitar, a doutrina da intervenção sistematica immediata, em materia de apendicite a quente, nos parece contudo, que todos os cirurgiões de crianças marcaram desde 15 anos uma tendencia muito nitida em tornar-se intervencionistas, na duvida: é já um grande progresso.

#### OPERAÇÃO DA APENDICITE A QUENTE

Consideremos dois casos:

**1.º caso. Intervenção nas trinta e seis primeiras horas.** — A operação será conduzida exatamente como uma apendicectomia a frio.

Si existe na cavidade abdominal um pouco de serosidade livre, não ha lugar de preocupar-se com isto.

Podemos com vantagem derramar 30 a 40 gramas de éter, que se espalham no ventre. A parede será fechada sem drenagem, a pele será suturada com pontos espaçados.

Em iguais circunstancias, nos parece resultar das discussões recentes na sociedade de cirurgia de Paris, que esta linha de conduta é adotada pouco mais ou menos pela unanimidade.

O regime ulterior será o de uma apendicite de que procuramos o resfriamento. Diéta absoluta durante quatro dias. Acalmaremos a sede, fazendo lavar a bôca com agua de vichy, e fazendo em caso de necessidade injeções sub-cutaneas de sôro artificial e sôro glicosado.

Como pensamos, empregamos um ou duas espessuras de gaze, que separarão a linha de sutura com uma bexiga de gelo e que será conservada até que os gazes passem livre e abundantemente, isto é, até três dias.

Nem clister, nem purgativo durante os quatro primeiros dias.

Convem injetar a vacina de estoque, anti-piogeno polivalente nas doses e intervalos ordinarios.

**2.º caso. Peritonites difusas ou de gran-**

**des focos multiplos.** — Preferimos, então a incisão de Jalaguier, que nos permite abrir a bainha posterior do réto sobre uma grande brécha se fôr necessario, e dá com esta pratica um acesso mais largo que a incisão de Mac Burney.

É indispensavel, pois, incisar no musculo réto, pouco mais ou menos ao nivel de seu bordo externo, reclinar este musculo para dentro e incisar longamente a folha posterior de sua bainha.

O pús corre em ondas. O primeiro fluxo passado, é indispensavel procurar o apendice e é indispensavel encontra-lo. Si, no curso de uma intervenção do segundo ou terceiro dia de uma peritonite apendicular o apendice não é retirado, a criança é morta. Um fio na base, um golpe de termo cauterio, uma ligadura no meso, são as manobras necessarias e suficientes.

Toda tentativa de sepultamento seria illusoria e desarrazoada.

Colocai no lugar duas valvulas vaginais e olhai e observai.

É indispensavel estancar o pús a seco, com compressas montadas, esvasiar os grandes focos, si são multiplos, seca-los. É indispensavel ir depressa, condição essencial. Neste momento, é muito vantajoso lavar a éter a cavidade peritoneal. Nunca temos excedido a quantidade de 100 gramas, largamente sufficiente para difundir-se em todos recantos; não derramamos em geral mais de 50 gramas.

Depois, sem drenagem fechamos em um plano, a parede musculo-aponevrotico e aconselhamos a faze-lo.

Outros anteriormente e com o testemunho em particular, o disseram. E, no entretanto, esta maneira a de proceder não é ainda unanimemente aceita. Uns, reclamam drenar a cavidade peritoneal por meio de um tamponamento a Mickulicz.

Este metodo nos parece dever ser reservado ás peritonites operadas tardiamente, depois do quinto dia.

De tempos em tempos salvamos um doente, ainda que apresente graves fistulas

estercorais consecutivas e dão muitos aborrecimentos.

Outros, imbuidos por uma longa tradição reclamam a drenagem tubular que é feita com dreno de borracha, invocando Chassaignac, sem poder, além disto contestar que um dreno tão grosso, seja no fim de trinta e seis horas envolvido de falsas membranas e não evacue mais nada de util. Assim senhores, cumpre-nos dizer que defrontamos com outro problema importante — a **drenagem**,

A proposito dos drenos devemos vos lembrar e vos esclarecer sobre os diversos metodos de **drenagem** e respetivos **drenos**: **drenagem tubular**, **drenagem capilar** e **drenagem mixta**.

**DRENAGEM TUBULAR.** — Usamos os tubos de borracha maleavel com orificios laterais. A confiança neste sistema de drenagem decaiu, após os estudos classicos de Delbet, em virtude dos quais ficou provado que decorridas 48 horas formam-se em torno do dreno adherencias que separam, que o isolam da cavidade.

Antes de Delbet, von Ort já afirmava que as adherencias circundam o dreno no fim do primeiro dia e ao cabo do terceiro dia, o isolamento do tubo é completo, acrescentando que, nem sua mobilisação ou nem a injeção de liquidos em seu interior impedem a formação das adherencias envolventes. Sustentava, ainda que o liquido contido na cavidade peritoneal só saía pelo dreno durante as primeiras 24 horas.

Apezar da curta fase de eficiencia da drenagem tubular, não se pôde contestar que éla preste algum serviço, pois, não é raro ver-se, a tarde o curativo do operado pela manhã, de uma peritonite generalizada por exemplo, inundado de pús.

Um ponto importante a ser observado quando se emprega este genero de drenagem, é o relativo ao fechamento da parede, como chamou atenção Rehn.

A parede deve ser suturada de modo a só deixar o espaço estritamente necessario

a passagem do dreno que não será muito calibroso.

Ombrédanne declara que alguns cirurgiões empregam no minimo um pequeno dreno e tem confiança no dreno "**en cure dents**",

**DRENAGEM CAPILAR.** — Deste tipo de drenagem conhece-se a de Mickulicz e a de Chaliér. Diférem um do outro, porque no primeiro as méchas de gaze são introduzidas num saco, tambem de gaze, previamente colocado na região que se quer drenar ou comprimir, ao centro e no interior do qual fica preso um fio inabsorvível, havendo o cuidado de o marcar ou numerar as méchas para que no momento oportuno a sua retirada se faça na ordem inversa da introdução; ao passo que, no segundo, isto é, de Chaliér, as méchas são dispostas em torno do céco e do côto apendicular, sem saco, sendo indiferente a ordem de sua colocação e extração.

A drenagem pela gaze, deveis saber que não drena por muito tempo os liquidos coagulaveis, como o pús e o sangue, sendo sua ação absorvente em parte diminuida pela formação de grumos e coagulos, que éla mesma acelera. A duração da drenagem está na dependencia do tempo que levam para se concretizar os elementos a serem drenados.

Por aí se vê que a drenagem capilar pela gaze não é outra cousa sinão o Mickulicz ou não drenará suficientemente ou será mesmo nocivo, conduzindo a infeção de fóra para dentro, se não forem tomadas certas precauções.

É preciso, antes de tudo, confeccionar o saco e seu conteúdo (méchas), de modo a ocuparem uma grande area e deixar a parede abdominal largamente aberta, afim de que no menor prazo se escoé o maximo de secreções, além de ser pouco demorado o tempo do poder de absorção da gaze, as adherencias aqui se formam mais rapidamente, talvez, do que na drenagem tubular. Avalie-se tudo isto, com um curativo es-

pezzo, feito com gaze e algodão hidrófilo de boa qualidade, sem cobri-lo com qualquer substância impermeável, para garantia da evaporação.

A drenagem capilar pelo processo de Chaliér não é tão simples a sua instalação, como também a sua ablação é mais difícil e é mais dolorosa do que a de Mickulicz.

O Mickulicz permite deixar o ventre largamente aberto, o que não acontece com o método de Chaliér.

**DRENAGEM MIXTA.** — Consiste na reunião dos dois processos anteriores e se faz pelo dreno “em cigarro”. Compõe-se este dreno de um tubo de borracha, dentro do qual se coloca uma mecha de gaze, que não deve ultrapassar a extremidade inferior, podendo no entanto, transpor, sem inconveniente a extremidade superior do tubo.

Instalada deste modo, é mais aproveitada a propriedade que possui a gaze de absorver os líquidos. A gaze protegida pelo tubo de borracha, não adere às partes vizinhas, podendo, pois ser substituída quantas vezes sejam necessárias, em qualquer ocasião.

O sistema de envolver o tubo em gaze, isto é, ao contrario do que se faz com o dreno em cigarro não nos parece aconselhável.

A drenagem se faz bem nas primeiras horas. Se atendermos, porém, ao que já foi dito relativamente a maneira pela qual se comporta a gaze, logo se compreende o inconveniente deste processo: a gaze drenando durante pouco tempo e aderindo muito depressa aos tecidos vizinhos, só pôde ser substituída a custa de grandes sofrimentos para o doente e do risco dos repuxamentos transmitidos pelas aderências já constituídas.

O dreno “em cigarro” é das drenagens mixtas que reúne as vantagens dos dois generos de drenagem (tubular e capilar — pela gaze), sem o inconveniente da gaze aderir á ferida, podendo por isso ser sub-

stituída com frequencia, sem o menor sofrimento para o doente.

A drenagem pelo sistema Mickulicz só deve ser utilizada na hipótese da hemorragia linteolar, “en nappe”, quando além de funcionar, como dreno, age como tampão.

A drenagem tubular tem sua indicação quando fôr facil sua instalação nos pontos declives. Não sendo isto possível, pela dificuldade por exemplo de ser dada ao doente a posição necessaria a que o declive se estabeleça, adote-se o dreno “em cigarro”

Senhores, o problema da não drenagem e da drenagem se apresentou aos cirurgiões sob um aspecto complexo, porque tem a sua relatividade.

Contudo, a pratica da não drenagem ganha terreno na apendicectomia. Temos aconselhado fechar, não somente o plano musculculo-aponevrotico, como também o plano cutaneo. Uma das objeções mais fundadas a quem nos tem sido feita neste assunto era a frequencia das supurações sub-cutaneas septicas suscetivel de graves difusões.

Tambem, de manhã e de noite fiscalizamos a pele. A menor vermelhidão, desunimos em suas duas extremidades o grampo de Michel, cutaneo, que fazemos de modo a ficar além disso muito frouxo; por meio de um tubo de Carrel lavamos sob a pele de tres em tres horas com a solução Dakin o plano sub-cutaneo.

Sabemos senhores, que notaveis cirurgiões adotaram o principio do fechamento abdominal sem drenagem, porém deixando a pele desunida: isto, nos parece muito defensivel.

O que é importante, é não deixar no meio septico um corpo estranho, o dreno, ajuntando a sua ação traumatizante das infeções super-ajuntadas fatais; e não está sempre e hoje demonstrado que a drenagem durante quarenta e oito horas de uma cavidade septica, provoque a supuração ao redor do dreno, qualquer que seja o cuidado dispensado nos curativos?



Tambem, quando reunimos a pele ou não, pouco importa.

O que é capital, é fechar a parede musculo-aponevrotica, de permitir o peritoneo de se defender inteiramente só, contra o que fica de septico, depois da intervenção. A criança, assim tratada retoma mais depressa bom facies e bom pulso. Esperamos com confiança o que fizeram em 15 anos os nossos cirurgiões em igual circunstancia.

¿É dizer-se, que curamos assim todas as peritonites apendiculares?

Certamente não; porém todas aquelas que são curáveis, curam-se; as outras teriam sucumbido mesmo com um Mickulicz a *fortiori*, com um dreno "en cure dents" ou mesmo de fio de mécha, e temos a convicção de ter salvo os casos de peritonite que teriam sucumbido, drenando com tubo de borracha.

Temos dito tambem que o fechamento imediato expunha a formação interior de coleções supuradas no fundo de saco de Douglas ou no flanco esquerdo. ¿Porém, pensar-se-ia que a drenagem põe ao abrigo delas?

Temos drenado durante quinze anos as peritonites apendiculares, e sabemos que a formação secundaria destas coleções mais ou menos tardias não é excepcional: contudo seria indispensavel para isto que um dreno assegurasse o escoamento destas coleções em formação, o que ninguém tem feito (Ombrédanne).

---

(\*) Senhores, finalizando hoje nossas conferencias sobre apendicite, ainda defrontamos com problemas clinicos importantes do prognostico das intervenções por peritonite difusa, das supurações apendiculares relativamente tardias, do tratamento das coleções peritoneas, da celulite rétro-cécal,

---

(\*) Conferencia de 18-4-32.

do tratamento das celulites apendiculares e das perspectivas da operação.

Assim o prognostico é em grande parte função do tempo escoado desde o começo dos accidentes. Mesmo na criança, onde a partir de trinta e seis horas, encontramos peritonites verdadeiras com o apendice gangrenado, o prognostico é ainda muito bom até quarenta e oito horas; torna-se mais severo no terceiro dia, muito grave no quarto dia e quasi desesperado depois deste prazo.

Aconselhamos então, depois de leal ensaio com todos os modos de tratamento que tem sido tentados, de fechar sem drenagem o plano musculo-aponevrotico das peritonites apendiculares, pelo menos daquelas dos tres primeiros dias.

Suturai a pele, fiscalizando de perto ou deixai-a desunida, assim a cousa nos parece de pouca importancia.

A partir do quarto dia, quando as lesões aparecem formidaveis e a situação pouco mais ou menos desesperada, é preciso se dirigir a drenagem para um Mickulicz, como medida de ordem defensivo.

A diéta absoluta, rigorosamente absoluta, durante quatro dias, o curativo com gelo até a passagem dos gases, são adjuvantes indispensaveis. Durante este periodo injeta-se estoque vacina anti-piogena polivalente e mesmo mais dias, sôro glicosado, sôro artificial, oleo canforado e esparteina. Não façais sobretudo, sôro adrenalizado em injeções sub-cutaneas que vos arriscareis a provocar a aparição de escáras.

Ombrédanne, diz que se injeta muito empiricamente as vacinas polivalentes. Contudo podemos declarar que sempre temos adotado a pratica das vacinas com proveito.

**SUPURAÇÕES APENDICULARES RELATIVAMENTE TARDIAS.** — Senhores, com estas manifestações as cousas se passam ás vezes da maneira seguinte: Temos assistido a uma crise franca, aguda de apendicite tal como o havemos descrito acima. Os sintômas inquietantes são rapidamente

corrigidos ou tem desaparecido. Porém, a temperatura não tornou a voltar a normal; fica a 37°,5 pela manhã e 38° pela tarde. O ventre se mostra abaulado, contudo fica muito sensível na fossa iliaca direita, que se empasta. Porém o pulso é bom, sem vomitos, sem dór difusa, bom faceis, urinas abundantes.

Depois no 6.º, 7.º e 8.º dia, ainda que o estado geral fique bom, a temperatura se eleva, a tarde sobretudo; a curva toma uma marcha oscilante, indicando uma supuração profunda. Deveis saber que estes abscessos relativamente tardios da apendicite não são especiais á criança. Porém, então no adulto é no 10.º e 11.º dia que se colecionam, e são na criança ás vezes já no 8.º dia.

Na profundidade da fossa iliaca direita, sentimos primeiramente uma especie de chouriço alongado, as vezes, em direção obliqua para cima e á direita. Nos dias seguintes a massa aumenta de volume e pouco parece se aproximar da pelle, apparece dura, destendida e dolorosa.

Em seu nivel os tegumentos são ás vezes edemaciados, ás vezes percorridos por uma rêde de veias dilatadas. Qual é o modo de constituição e evolução deste abcesso profundo? É de uma peritonite localizada.

**PERITONITE LOCALIZADA.** — Em contacto do apendice, as alças intestinaes, se conglomeram e o epiploon vindo tambem a aderir á massas, contribue para constituir uma cavidade na qual o pús se coleciona.

No ponto de vista absoluto esta cavidade é limitada por elementos anatomicos, coberta de peritoneo. É, pois, uma peritonite parcial. É o abcesso pericécal, que o mais das vezes ocupa e ás vezes enche a fossa iliaca direita.

Ou que o apendice ocupe uma posição baixa, ou que a coleção se derrame na declividade, o pús pôde se colecionar na escavação mediana constituindo um volumoso abcesso prerétal, saliente pelo tóque.

**TRATAMENTO DAS COLEÇÕES DO PERITONEO.** — Senhores, consideramos nestas coleções de abscessos pericécaes e abscessos preretaes:

A) **ABCESSO PERICÉCAIS.** — É preciso saber que não nos devemos apressar em intervir, quando uma tumefação apparece na fossa iliaca direita, o estado geral ficando satisfatorio. Não é preciso se lançar precipitadamente na pesquisa de um abcesso ainda minimo. Não ha riscos, sob a coberta de um tratamento sevéro pela imobilidade e pela diéta e pelo gelo, em esperar que o abcesso seja francamente colecionado no centro de uma barreira de adherencias resistentes.

O abcesso pericécal da fossa iliaca direita, fóco supurado da peritonite localizada deve ser atacada diretamente, isto é, por incisão situada no ponto mais saliente do abcesso em plena parede abdominal.

Incisão com precaução até ao peritoneo; dissociai prudentemente as primeiras alças do intestino que se podem apresentar; vos chegareis quasi immediatamente na cavidade do abcesso, donde sai pús, bem ligado, cremoso e fétido.

Neste momento devemos procurar o apendice. Ás vezes se apresenta a nossa vista ou vem a nossa mão.

Bastante vezes, um calculo estercoral livre adjacente em uma ulceração apendicular, indica assim o lugar donde se escapou o pús.

No conglomerado de alças que constitue a parede do abcesso, é preciso procurar o cordão indurado que manifesta a presença do apendice, e se é possível encontra-lo sem hesitação, é preciso liga-lo em sua base e retira-lo.

Neste caso favoravel, senhores, duas eventualidades podem se apresentar:

Ou bem os limites do abcesso são alças, moles, se voltando logo para diante a coleção evacuada e parecendo espontaneamente acumular-se no espaço morto.

Neste caso e em inumeras vezes temos cuidadosamente enxugado a bolsa, lavada

a éter, largamente e fechado sem drenagem a parede. A cura se produz, ás vezes, depois da produção de um abcesso sub-cutaneo, de que é indispensavel fiscalizar a sua evolução.

Ou bem a cavidade do abcesso é uma bolsa rígida, guardando a sua fôrma e ficando no estado de excavação, uma vez feita abstersão do pús. Basta deixar nesta bolsa um grosso dreno ou uma compressa frouxa afim de que em alguns dias as alças voltem ao nível da parede.

Senhores, o fechamento sem drenagem exige ser bem fiscalizado porque expõe a abcessos sub-cutaneos; porém é completa e rapida a circatrização.

A drenagem larga é de toda tranquilidade para o cirurgião em igual caso, porém se expõe ás fistulas estercorais, á eventração post-operatoria, e a cura é notavelmente mais longa.

Nos dois casos, senhores, o prognostico é sempre igualmente bom e finalmente os operados se curam.

A linha de conduta a seguir deve pois ser influenciada pelo meio em que o operamos.

Podemos sempre tentar a reunião, a sutura em um doente que poderemos seguir assiduamente.

No caso contrario, é preferivel drenar. Porém, póde acontecer que na parede do abcesso pericécal não encontramos o apendice. O órgão incluído no meio das alças intestinais conglomeradas que circunscrevem o abcesso não é percebido.

Devemos nos esforçar de achá-lo, certamente, porém, não é preciso insistir na pesquisa.

Não é preciso destruir a barreira protetora das aderencias sob pretexto de chegar a excisão; a exploração deve ser bem prudente.

Si ao cabo de algumas tentativas o apendice não aparece é preciso drenar e tamponar frouxamente. Surge agora, senhores, um caso particular, um problema diferente, quando se trata de **peritonites difusas**

**agudas**, operadas precocemente; temos então de retirar o apendice custe o que custar, é uma questão de vida ou de morte.

Aqui, nos abcessos tardios de apendicite sub-aguda, não ha risco algum em deixar o apendice.

Quando muito a criança poderá apresentar uma fistula estercoral que se fechará em quinze dias ou tres semanas, isto, na grande maioria dos casos.

É verdade que será preciso alguns meses mais tarde, retirar o apendice, fazendo a cura radical.

**B) ABCESSOS PRÉRÉTAIS.** — Senhores, ás vezes se abrem espontaneamente no réto, e a sedação dos sintômas sobrevem após alguns ataques, devidos a retenção.

Si ao mesmo tempo o abcesso é perceptivel do lado da parede abdominal, é preferivel ataca-lo diretamente por esta via.

Em caso contrario, auxiliaremos a natureza, abrindo no réto a coleção que aflóra.

Evidentemente, não é o problema da apendicectomy imediata; esta é praticada em periodo afastado de tres a seis meses.

**CELULITE RÉTRO-CÉCAL.** — Senhores, deveis ter conhecimento, como já dissemos, como o apendice em seguida a ataques inflammatorios cronicos, se alojava em definitivo atrás do céco.

Si um apendice rétro-cécal assim disposto, torna-se ponto de partida de uma supuração local de evolução sub-aguda, é no linteolar do tecido celular rétro-cécal, que este vai se constituir e é seguindo-o, que se vai fundir.

Deveis saber que a celulite rétro-cécal é no inicio um abcesso profundo. Não sentimos, sinão um empastamento vago na fôssa iliaca, separado da parede abdominal anterior por um céco distendido, paralitico, gargarejando sob nossa mão que o apalpa e á percussão é sonora.

Abandonada a si mesma, esta celulite se propaga. Póde se fundir para baixo, determinando uma celulite pelviana, seguindo as

lamínas vasculares, produzirá tudo, como uma celulite de origem peri-uterina; na arcada de Falope e daí subirá se infiltrando na parede abdominal anterior. Manifestar-se-á, como um **plastrão**, massa dura, dolorosa, de pele edemaciada e avermelhada, cuja base está na arcada e cujo apice de forma arredondada, se dirige para o umbigo. É, pois, o quadro de uma celulite pelviana, na sintomatologia da qual de nada faz lembrar sua origem apendicular, não os comemorativos.

Senhores, ela pôde invadir-se para profundidade, infiltrando-se logo pelo psoas e bainha. São as psóites de origem apendiculares.

Senhores, ela ainda pôde fundir-se para cima, ganhando a atmosfera perirenal, e constituindo neste nível os **fleimões perinefreticos**, que na criança, são por assim dizer, na abalizada opinião de Ombrédanne, sempre de causa apendicular.

Por fim, senhores, ela sóbe ainda mais, e pôde constituir-se **abscessos sub-hepáticos** ou **sub-frenicos**, que Ombrédanne, considera excepcional na criança.

**TRATAMENTO DAS CELULITES APENDICULARES.** — Defrontamos, senhores, com dois casos: **fórmias baixas** de celulites e **fórmias altas** de celulites.

**FÓRMAS BAIXAS.** — Desde que o abcesso é nitidamente perceptível, não ha interesse em esperar. Abri-lo e evacua-lo, não é preciso seguir sobre elle directamente, o que fatalmente conduzirá em abrir a cavidade peritoneal livre e em infecta-la.

É indispensavel aceder com o abcesso pela via afastada, a que precisamente teria seguido, si tivessemos deixado evoluer (Waltér).

É preciso incisar para dentro da espinha antero-superior e prolongar a incisão acima da arcada de Falope. Pouco a pouco, uma vez a camada muscular incisada, é preciso descolar o peritoneo: nada mais facil. Seguindo a camada celulosa sub-

peritoneal, nos conduzimos imediatamente para a coleção rétro-cécal que se rompe.

Chegamos aí mais cedo, si já clinicamente percebemos o **plastrão**.

É inteiramente excepcional, que neste caso e por esta via possamos reconhecer o apendice e excisa-lo. Na regra, será necessario se contentar de drenar a cavidade, deixando para alguns meses, a apendicectomia (Ombrédanne).

**FÓRMAS ALTAS.** — Senhores, aqui é o raciocinio só que nos chama atenção para a apendicite, causa primeira dos accidentes; a clinica sómente indica a existencia de um **fleimão perinefretico**, que incisaremos no ponto mais saliente, ou de um abcesso sub-frenico que abriremos na via mais favoravel, drenando largamente.

Como deveis saber, a estirpação do apendice não poderia ser questão para o momento. É mais tarde, depois de cura ou depois de muito tempo de fistulação que iremos retirar este apendice, ponto de partida da infeção inicial e que, ás vezes entretem a fistula persistente.

Senhores, como remate destas conferencias ouçamas a exposição de observações da clinica citadas, afim de melhor vos orientar e vos trazer mais ensinamentos praticos.

Como finalidade ainda senhores, do estudo das apendicites, devemos vos dizer apenas uma palavra sobre as perspectivas da operação que o Professor Gohrbandt (de Berlim), escreveu, declarando que as **estatísticas operatórias**, tem aspétos de grandes diferenças nas diversas clinicas de crianças, isto depende fundamentalmente do estado em que vai o doente para a operação.

As perdas por operações no intervalo representam em seus casos, **zero por cento**, e isto não se deve estranhar, porque quasi sempre se tratava de criança, com bom estado geral e nestes casos só pôde explicar-se a morte por fenomenos de narcóse.

De seus casos agudos morreram 7,4 por cento, porém tem-se de levar em linha de

conta, mais de metade dos casos que chegaram para operação, passadas as quarenta e oito horas do começo do ataque ou seja em um momento pouco propicio para intervenção .

Dos casos operados no estado agudo, em 66,4 por cento não apresentaram complicação alguma digna de nota, em 8,6 por cento se havia apresentado a perfuração, já antes da intervenção, em 18 por cento uma peritonite difusa.

Em um total de 128 crianças operadas foram em estado agudo e em um total de 113 em estado cronico ou no intervalo.

A presença de complicações é consequência de um processo prolongado. Com poucas exceções em seus casos de complicação, a doença datava de mais de tres dias. Sómente, 51 das 128 crianças, foram operadas nas primeiras vinte e quatro horas. A presença da perfuração se tem assinalado por um aumento de dôres espontaneas, porém, apesar disto não pôde deduzir-se dos sintômas o estado do apendice.

Dissemos acima que a mortalidade nos nossos casos agudos foi de 7,4 por 100, dos quais:

16,7 por 100 correspondiam a idade de 0 a 5 anos.

3,8 por 100 correspondiam a idade de 6 a 10 anos.

2,2 por 100 correspondiam a idade de 11 a 15 anos.

Isto, demonstra que quanto mais moça fôr a criança, mais perigosa se torna a operação. Isto depende, particularmente da dificuldade para fixar o diagnostico, mais do que por particularidades clinicas anatomicas.

Em todos os casos de obitos de crianças menos de tres anos, a doença levava mais tempo, sem que houvesse sido diagnosticada.

Em um caso se apresentou simultaneamente uma tuberculose intestinal de resultado fatal.

De todos estes dados, se deduz que a apendicite na criança se manifesta e evolue de modo diferente do adulto e a mortalidade pôde reduzir-se com um diagnostico precoce.

Com isto a intervenção prematura pôde reduzir ao minimo as suas complicações, ainda que não se possa excluir-se por completo.

